

## PARTE A: Consentimiento informado, acuerdo de liberación y autorización

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nac: \_\_\_\_\_

Participantes de la base de alta aventura:  
 Expedición/crew No.: \_\_\_\_\_  
 o posición staff: \_\_\_\_\_

### Consentimiento informado, acuerdo de liberación y autorización

Entiendo que la participación en actividades Scouting implica el riesgo de lesiones personales, incluida la muerte, debido a los desafíos físicos, mentales y emocionales de las actividades ofrecidas. La información sobre esas actividades se puede obtener del lugar, de los coordinadores de actividades o de su consejo local. También entiendo que la participación en estas actividades es totalmente voluntaria y requiere que los participantes sigan instrucciones y respeten todas las reglas y estándares de conducta aplicables.

En caso de una emergencia que me involucre a mí o a mi hijo, entiendo que se harán esfuerzos para contactar a la persona indicada como persona de contacto de emergencia por el proveedor médico y/o el líder adulto. En caso de que no se pueda localizar a esta persona, por la presente se otorga permiso al proveedor médico seleccionado por el líder adulto a cargo para garantizar el tratamiento adecuado, incluida la hospitalización, anestesia, cirugía o inyecciones de medicamentos para mí o mi hijo. Los proveedores médicos están autorizados a revelar información de salud protegida al adulto a cargo, al personal médico del campamento, a la administración del campamento y/o a cualquier médico o proveedor de atención médica involucrado en brindar atención médica al participante. Información de salud protegida/Información de salud confidencial (PHI/CHI) según los Estándares de privacidad de información de salud de identificación individual, 45 C.F.R. §§160.103, 164.501, etc. siguientes, según sus modificaciones periódicas, incluyen los resultados de los exámenes, los resultados de las pruebas y el tratamiento proporcionado con fines de evaluación médica del participante, seguimiento y comunicación con los padres o tutores del participante, y /o determinación de la capacidad del participante para continuar en las actividades del programa.


(Si corresponde) He considerado cuidadosamente el riesgo involucrado y por la presente doy mi consentimiento informado para que mi hijo participe en todas las actividades ofrecidas en el programa. Además, autorizo a compartir la información en este formulario con cualquier voluntario profesional de BSA que necesite conocer condiciones médicas que puedan requerir consideración especial al realizar actividades Scouting.

**Con reconocimiento de los peligros y riesgos asociados con los programas y actividades, en mi propio nombre y/o en nombre de mi hijo, por la presente libero y renuncio total y completamente a cualquier reclamo por lesiones personales, muerte o pérdida que pueda surgir contra los Boy Scouts of America, el consejo local, los coordinadores de actividades y todos los empleados, voluntarios, partes relacionadas u otras organizaciones asociadas con cualquier programa o actividad.**

También por la presente asigno y otorgo al consejo local y a los Boy Scouts of America, así como a sus representantes autorizados, el derecho y permiso para usar y publicar las fotografías/películas/ videocintas/representaciones electrónicas y/o grabaciones de sonido hechas de mí o mi hijo en todas las actividades de Scouting, y por la presente libero a Boy Scouts of America, el consejo local, los coordinadores de actividades y todos los empleados, voluntarios, partes relacionadas u otras organizaciones asociadas con la actividad de toda responsabilidad por dicho uso y publicación. Además, autorizo la reproducción, venta, derechos de autor, exhibición, transmisión, almacenamiento electrónico y/o distribución de dichas fotografías/películas/cintas de video/ representaciones electrónicas y/o grabaciones de sonido sin limitación a discreción de la BSA, y renuncio específicamente a cualquier derecho a cualquier compensación que pueda tener por cualquiera de los anteriores.

Toda persona que proporcione cualquier dispositivo BB a un menor, sin el permiso expreso o implícito del padre o tutor legal del menor, es culpable de un delito menor. (Código Penal de California, Sección 19915[a]) Mi firma a continuación en este formulario indica mi permiso. Doy permiso para que mi hijo use un dispositivo BB. (Nota: no todos los eventos incluirán dispositivos BB).

**Marcar esta casilla indica que NO desea que su hijo use un dispositivo BB.**

 **NOTA:** Debido a la naturaleza de los programas y actividades, los Boy Scouts of America y los consejos locales no pueden monitorear continuamente el cumplimiento de los participantes del programa o cualquier limitación impuesta sobre ellos por los padres o proveedores médicos. Sin embargo, para que los líderes puedan estar lo más familiarizados posible con las limitaciones, enumere a continuación las restricciones impuestas a un niño participante en relación con los programas o actividades.

Enumere las restricciones para los participantes, si las hubiera:  Ninguno

\_\_\_\_\_

Entiendo que, si se determina que la información que he proporcionado es inexacta, esto puede limitar y/o eliminar la oportunidad de participar en cualquier evento o actividad. Si participo en Philmont Scout Ranch, Philmont Training Center, Northern Tier, Sea Base o Summit Bechtel Reserve, también he leído y entiendo los avisos de riesgo suplementarios, incluidos los requisitos y restricciones de altura y peso, y entiendo que el participante No se le permitirá participar en programas de alta aventura aplicables si no se cumplen esos requisitos. El participante tiene permiso para participar en todas las actividades de alta aventura descritas, excepto que yo o el proveedor de atención médica lo indiquemos específicamente. Si el participante es menor de 18 años, se requiere la firma de un padre o tutor.

Firma del Participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Padre o guardián del menor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Si el participante es menor de 18 años)

### Complete esta sección solo para participantes jóvenes:

#### Adultos autorizados a llevar jóvenes hacia y desde eventos:

Debes designar al menos un adulto. Por favor incluya un número telefónico.

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

#### Adultos NO Autorizados Para Llevar a Menores Desde y Hacia Eventos:

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_



## Parte B1: Información General/Historial de Salud

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nac: \_\_\_\_\_

Participantes de la base de alta aventura:

Expedición/crew No.: \_\_\_\_\_

posición de staff: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Estatura(pulgadas): \_\_\_\_\_ Peso (lbs.): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Líder de unidad: \_\_\_\_\_ Celular de líder de unidad #: \_\_\_\_\_

Nombre/No. Del Concejo: \_\_\_\_\_ Unidad No.: \_\_\_\_\_

Compañía de seguro de Salud/Accidente: \_\_\_\_\_ Póliza No.: \_\_\_\_\_



Adjunte una fotocopia de ambas caras de la tarjeta del seguro. Si no tiene seguro médico, ingrese "ninguno" arriba.

### En caso de emergencia, notifique a la siguiente persona:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Tel. de casa: \_\_\_\_\_ Otro tel: \_\_\_\_\_

Nombre de contacto alt.: \_\_\_\_\_ Tel. Alternativo: \_\_\_\_\_

## Historial de Salud

¿Tiene actualmente o alguna vez ha sido tratado por alguno de los siguientes?

SI	No	Condición	Explique
		Diabetes	Último porcentaje de HbA1c y fecha: <span style="float: right;">Bomba Insulina: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span>
		Hipertensión (presión arterial alta)	
		Enfermedad cardíaca congénita o del adulto/ataque cardíaco/dolor en el pecho (angina)/soplo cardíaco/enfermedad de las arterias coronarias. Cualquier cirugía o procedimiento cardíaco. Explique todas las respuestas afirmativas.	
		Antecedentes familiares de enfermedad cardíaca o cualquier muerte súbita relacionada con el corazón de un miembro de la familia antes de los 50 años.	
		Accidente cerebrovascular/AIT	
		Asma/enfermedad reactiva de las vías respiratorias	Fecha del último ataque:
		Enfermedad pulmonar/respiratoria	
		COPD	
		Problemas de oído/ojos/nariz/sinusitis	
		Condición muscular/esquelética/problemas musculares u óseos	
		Lesión en la cabeza/conmoción cerebral/TBI	
		Mal de montaña	
		Dificultades psiquiátricas/psicológicas o emocionales.	
		Trastornos neurológicos/del comportamiento	
		Trastornos sanguíneos/anemia falciforme	
		Desmayos y mareos	
		Nefropatía	
		Convulsiones o epilepsia	Fecha última convulsión:
		Problemas abdominales/estómagos/digestivos	
		Enfermedad de tiroides	
		Problemas de la piel	
		Apnea obstructiva del sueño/trastornos del sueño	CPAP: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Listar todas las cirugías y hospitalizaciones	Fecha última cirugía:
		Enumere cualquier otra condición médica que no esté cubierta anteriormente	



## PARTE B2: Información general/Historia de salud

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nac: \_\_\_\_\_

Participantes de la base de alta aventura:

Expedición/crew No.: \_\_\_\_\_

o posición staff: \_\_\_\_\_

### Alergias/Medicamentos

¿UTILIZA UN AUTOINYECTOR  SI  NO

DE EPINEFRINA? Fecha exp. (Si usa) \_\_\_\_\_

¿UTILIZA UN INHALADOR DE  SI  NO

RESCATE PARA ASMA? Fecha exp. (Si usa) \_\_\_\_\_

¿Es usted alérgico o tiene alguna reacción adversa a alguno de los siguientes?

SI	No	Alergias o reacciones	Explique	SI	No	Alergias o reacciones	Explique
		Medicamento				Plantas	
		Comida				Picadura de insectos	

Enumere todos los medicamentos que se utilizan actualmente, incluidos los medicamentos de venta libre.

Marque si no se toman medicamentos de manera rutinaria.


Si necesita espacio adicional, indíquelo en una hoja separada y adjunte.

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Razón

SI  NO Se autoriza la administración de medicamentos sin receta con estas excepciones: \_\_\_\_\_

La administración de los medicamentos anteriores está aprobada para jóvenes por:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Firma del padre/guardián / Firma de MD/DO, NP o PA (si su estado requiere la firma)

 Traiga suficientes medicamentos en cantidades suficientes y en los envases originales. Asegúrese de que NO estén caducados, incluidos los inhaladores y EpiPens. NO DEBE DEJAR de tomar ningún medicamento de mantenimiento a menos que su médico se lo indique.

**Vacunas** Se recomiendan las siguientes vacunas. La vacuna contra el tétanos es obligatoria y debe haber sido recibida en los últimos 10 años. Si tuvo la enfermedad, marque la columna de enfermedad y escriba la fecha. Si está vacunado, marque sí y proporcione el año en que lo recibió.

SI	No	Ha tenido enfermedad	Vacuna	Fecha(s)
			Tétanos	
			Tosferina	
			Difteria	
			Paperas/Sarampión/Rubeola	
			Polio	
			Varicela	
			Hepatitis A	
			Hepatitis B	
			Meningitis	
			Influenza	
			Otro (ejemplo, HIB)	
			Exención a vacunas (se requiere formulario)	

Por favor indique cualquier información adicional sobre su historial médico:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DO NOT WRITE IN THIS BOX.**  
 Review for camp or special activity.

Reviewed by: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Further approval required:  Yes  No

Reason: \_\_\_\_\_

Approved by: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



## Parte C: Física de pre-participación

Esta parte debe ser completada por médicos certificados y con licencia (MD, DO), enfermeras practicantes o asistentes médicos.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nac: \_\_\_\_\_

Participantes base de alta aventura:

Expedición/crew No.: \_\_\_\_\_

o posición staff: \_\_\_\_\_



Se le solicita que certifique que esta persona no tiene contraindicaciones para participar en una experiencia Scouting. Para las personas que asistirán a un programa de alta aventura, incluída una de las bases nacionales de alta aventura, consulte la información complementaria en las siguientes páginas o el formulario proporcionado por su paciente. También puede visitar [www.scouting.org/health-and-safety/ahmr](http://www.scouting.org/health-and-safety/ahmr) para ver esta información en línea.

Por favor, llene la siguiente información:

	Yes	No	Explique
Restricciones médicas para participar			

SI	No	Alergias o reacciones	Explique
		Medicamento	
		Comida	

SI	No	Alergias o reacciones	Explique
		Plantas	
		Mordedura de insectos	

Estatura (Pulgadas)	Peso (lbs.)	IMC	Presión Arterial	Pulso
			/	

	Normal	Anormal	Explique Anormalidades
Ojos			
Oído/nariz/garganta			
Pulmones			
Corazón			
Abdomen			
Genitales/hernia			
musculoesquelético			
Neurológico			
Problemas de piel			
Otro			

### Certificación del Examinador

Certifico que he revisado el historial de salud y examinado a esta persona y no encuentro contraindicaciones para participar en una experiencia Scouting. Este participante (con restricciones señaladas):

Verdad	Falso	Explique
		Cumple con los requisitos de altura/peso.
		No tiene enfermedades cardíacas, pulmonares o hipertensión no controladas.
		No ha tenido una lesión ortopédica, problemas musculoesqueléticos o cirugía ortopédica en los últimos seis meses o posee una carta de autorización de su cirujano ortopédico o médico tratante.
		No tiene trastornos psiquiátricos no controlados.
		No ha tenido convulsiones en el último año.
		No tiene diabetes mal controlada.
		Si planea bucear, no tiene diabetes, asma ni convulsiones.

Firma del examinador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso del examinador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Tel. Oficina: \_\_\_\_\_

#### Restricciones de altura/peso

Si excede el peso máximo para la altura como se explica en el siguiente cuadro y su actividad de alta aventura planificada lo llevará a más de 30 minutos de un vehículo de emergencia/carretera accesible, es posible que no se le permita participar.

#### Peso máximo para la altura:

Estatura(pulgadas)	Peso Max.	Estatura (pulgadas)	Peso Max.	Estatura (pulgadas)	Peso Max.	Estatura(pulgadas)	Peso Max.
60	166	65	195	70	226	75	260
61	172	66	201	71	233	76	267
62	178	67	207	72	239	77	274
63	183	68	214	73	246	78	281
64	189	69	220	74	252	79 and over	295



Prepared. For Life.®

# Aviso de alto riesgo de aventura para proveedores de atención médica y padres

Tel.: 304-465-2800

Website: [www.summithighadventure.org](http://www.summithighadventure.org)

La Reserva Scout Nacional de la Familia Summit Bechtel requiere que la siguiente información complementaria se comparta con los padres y/o tutores y los proveedores de atención médica examinadores de cada participante. Los participantes que no puedan cumplir con estas pautas serán enviados a casa por su cuenta.

**La Cumbre.** Las actividades en el la Cumbre requieren un cierto nivel de condición física y algunas pueden ser muy exigentes física, mental y emocionalmente. Los programas pueden incluir ciclismo de montaña, ciclismo BMX, patineta, escalada en roca, tirolesas, cursos de desafío, tiro, tiro con arco, rafting y kayak. Dependiendo del programa que seleccione, deberá llegar a la Cumbre físicamente preparado para participar en esas actividades. La caminata promedio es de 5 a 7 millas por día en terreno irregular con cambios significativos de elevación. El índice de calor suele alcanzar casi los 100 grados en verano. *¡Estar preparado!*

Se recomienda que cada participante revise la información sobre la Reserva Summit Bechtel en [www.summitbsa.org](http://www.summitbsa.org) y conozca las actividades del programa que han sido seleccionadas para participar. Las respuestas a muchas preguntas frecuentes se pueden encontrar en el sitio web de la Cumbre. Puede enviar preguntas adicionales por correo electrónico a [summit.program@scouting.org](mailto:summit.program@scouting.org), o puede llamar al 304-465-2800.

**Alergia o anafilaxia.** Los participantes que hayan tenido una reacción anafiláctica por cualquier causa **DEBEN** comunicarse con la Reserva Cumbre Bechtel antes de su llegada. Si se le permite participar, se le pedirá que reciba el tratamiento adecuado con usted. El individuo y al menos otro miembro del grupo deben saber cómo administrar el tratamiento. Si no trae consigo el tratamiento adecuado, se le pedirá que lo compre antes de que se le permita para participar.

**Asma.** El asma debe estar bien controlada antes de participar. Esto significa: 1) el uso de un inhalador de rescate (albuterol) menos de dos veces por semana (excepto uso para la prevención del asma inducida por el ejercicio); 2) despertares nocturnos por síntomas de asma menos de dos veces al mes. Un asma bien controlada puede incluir el uso de broncodilatadores de acción prolongada, esteroides inhalados o medicamentos orales como Singular. Es posible que no se le permita participar si: 1) tiene asma que no se controla con medicamentos; o 2) ha sido hospitalizado o acudido a la sala de emergencias para tratar el asma en los últimos seis meses; o 3) ha necesitado tratamiento con esteroides orales (prednisona) en los últimos seis meses. Debe traer un suministro amplio de su medicamento y un inhalador de rescate de repuesto que no esté vencido. Al menos otro miembro de la tripulación debería saber cómo utilizar el inhalador de rescate. Cualquier persona que haya necesitado tratamiento para el asma en los últimos tres años debe llevar un inhalador de rescate durante la caminata. Si no trae un inhalador de rescate, debe comprar uno antes de que se le permita participar.

**Vacunas.** Cada participante debe haber recibido una vacuna contra el tétanos en los últimos 10 años. Se dará reconocimiento a los participantes que no cuenten con una vacuna específica por creencias filosóficas, políticas o religiosas. En tal situación, el formulario de Solicitud de exención de vacunación debe obtenerse enviando un correo electrónico a [summit.program@scouting.org](mailto:summit.program@scouting.org).

## Reserva Cumbre Bechtel

**Desorden de convulsiones.** Un trastorno convulsivo o epilepsia no excluye a un individuo de participar; sin embargo, el trastorno debe controlarse bien con medicamentos. Un trastorno bien controlado es aquel en el que ha pasado un año sin sufrir convulsiones. Se pueden considerar excepciones a esta directriz de forma individual.

**Lesiones musculoesqueléticas recientes o Cirugía Ortopédica.** Los participantes en la Cumbre ejercerán una gran presión sobre sus articulaciones y estructura esquelética. Las personas con problemas musculoesqueléticos importantes (incluidos problemas de espalda) o cirugía ortopédica en los últimos seis meses deben tener una carta de autorización de su médico tratante para ser consideradas para su aprobación. Estas personas deben comunicarse con la Cumbre con anticipación para obtener aprobación para participar.

**Dificultades psicológicas y emocionales.** Los medicamentos para estos problemas nunca deben suspenderse antes o durante la participación en la Cumbre. La experiencia ha demostrado que estos problemas pueden exacerbarse cuando un participante está bajo estrés debido a desafíos físicos y mentales.

**Diabetes.** Tanto el individuo con diabetes como otra persona del grupo deben poder reconocer los signos y síntomas de niveles altos y bajos de azúcar en sangre. Una persona insulino dependiente que haya sido diagnosticada recientemente o que haya sufrido un cambio en su sistema de administración debe tener una carta de su médico tratante para participar. Se requiere una HbA1c reciente dentro de los últimos seis meses para los participantes diabéticos.

**Hipertensión (presión arterial alta).** La presión debe controlarse bien con medicamentos. La medicación debe continuar según lo prescrito mientras participa en la Cumbre. Las personas deben tener una presión arterial inferior a 140/90 para participar.

**Medicamentos.** Cada participante que necesite medicación deberá traer suficiente medicina para la duración del viaje, y dicha medicina no debe estar vencida. Tomar medicamentos recetados es responsabilidad de la persona que toma el medicamento y/o de sus padres o tutores. Un líder, después de obtener toda la información necesaria, puede aceptar la responsabilidad de garantizar que un joven tome los medicamentos necesarios de acuerdo con el cronograma apropiado. Los medicamentos deben guardarse bajo llave, de acuerdo con el Estándar HS-08 del Programa Nacional de Acreditación de Campamentos, excepto los medicamentos que el individuo lleva consigo para condiciones de emergencia (inhaladores, EpiPens, etc.). Los participantes deben considerar traer dos o tres suministros de medicamentos vitales. Los participantes con alergias que hayan provocado reacciones graves o anafilaxia deben traer un EpiPen que no haya caducado. Los medicamentos suministrados por Summit se administrarán y/o dispensarán de acuerdo con procedimientos médicos aprobados previamente. A los participantes se les cobrará por los medicamentos de mantenimiento que no traigan a la Cumbre y que sean suministrados por Summit Health Lodge.



Prepared. For Life.®

# Aviso de alto riesgo de aventura para proveedores de atención médica y padres

Tel.: 304-465-2800

Website: [www.summithighadventure.org](http://www.summithighadventure.org)

## Reserva Cumbre Bechtel

### Recomendaciones para enfermedades crónicas.

Los adultos o jóvenes con cualquiera de las siguientes condiciones deben someterse a una evaluación por un médico antes de considerar la participación en la Cumbre.

1. Dolor en el pecho, infarto de miocardio (ataque cardíaco) o antecedentes familiares de enfermedad cardíaca en cualquier persona antes de los 50 años.
2. Insuficiencia cardíaca congestiva
3. Cirugía cardíaca, incluida la angioplastia (dilatación con balón), para tratar vasos sanguíneos bloqueados o colocar stents
4. Accidente cerebrovascular o ataque isquémico transitorio (AIT)
5. Presión arterial alta
6. Claudicación (dolor en las piernas con el ejercicio, causado por endurecimiento de las arterias)
7. Diabetes
8. Fumar
9. Peso excesivo

El esfuerzo físico en la Cumbre podría precipitar un ataque cardíaco o un derrame cerebral en alguien susceptible. Las personas con antecedentes de cualquiera de las afecciones enumeradas anteriormente deben consultar a su médico para ver si participar en actividades vigorosas como las de la Cumbre podría exacerbar su afección.

### Límites de peso.

Se utilizan pautas de límite de peso porque las personas

Las personas con sobrepeso tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedades cardíacas, presión arterial alta, derrames cerebrales, mal de altura, problemas para dormir y lesiones. Estas pautas son para todas las actividades Scouting de alta aventura. El peso de cada participante debe ser igual o inferior al peso máximo aceptable en la tabla de altura/peso. Cualquier persona que exceda el peso máximo para su altura requerirá una revisión adicional por parte de la Cumbre.

Los participantes de 21 años o más que excedan el límite de peso máximo aceptable para su altura en el nuevo control médico de la Cumbre NO podrán participar en la programación de alta aventura fuera del sitio, pero tendrán la opción de participar en la programación en el sitio si está disponible. El personal de Summit utilizará su criterio para determinar si pueden participar aquellos menores de 21 años que excedan el peso máximo aceptable para su altura. The Summit podrá aceptar hasta 20 libras por encima del máximo; sin embargo, tales excepciones no se hacen automáticamente y será necesario hablar con el personal de la Cumbre con anticipación llamando

304-465-2800. Consulte la información del programa individual para conocer las restricciones de peso debido al equipo.

**Restricciones de peso/estatura.** Si superas el máximo peso para la altura como se explica en el siguiente cuadro y su actividad de alta aventura planificada lo llevará a más de 30 minutos de un vehículo de emergencia/carretera accesible, es posible que no se le permita participar.

Estatura (pulgadas)	Peso Max.	Estatura (pulgadas)	Peso Max.
60	166	70	226
61	172	71	233
62	178	72	239
63	183	73	246
64	189	74	252
65	195	75	260
66	201	76	267
67	207	77	274
68	214	78	281
69	220	79 y más	295

**Aprobación de la cumbre.** El personal y/o los médicos del personal se reservan el derecho a negar la participación de cualquier individuo basándose en su historial médico y/o un examen físico. Cada participante individual está sujeto a un nuevo control médico en la Cumbre si está indicado.



Prepared. For Life.®